

海老名市国民健康保険人間ドック助成金支給申請書兼請求書

令和4年 5月 1日

海老名市長 殿

世帯主欄及び太枠内をご記入の上、お持ちいただくか、窓口でも用意しておりますので、ご利用ください。

世帯主様のお名前でご記入ください。
朱肉を使う印鑑で必ず押印ください。

海老名市 勝瀬175-1
海老名 太郎 印 印

電話 046 (231) 2111

私は、受検結果を統計資料として国に報告することと同意するとともに、申請年度内に特定健康保険者の資格を喪失していた場合は助成金を返還助成金支給要綱第7条の規定に基づき、次の

受検費用は、消費税額を除いた金額を、受検費用の1/2は、受検費用の半額（百円未満切り捨て）の金額をご記入ください。

被保険者番号	人間ドック受検者名	生年月日	年齢 <small>(受検日時点)</small>
	海老名 花子	昭和 30年 4月 1日生	67
受検日	受検医療機関名	受検費用 <small>(消費税額を除く)</small>	受検費用の1/2 <small>(百円未満切り捨て)</small>
令和4年 4月10日	〇〇〇健診センター	40,000円	20,000円

助成申請額	20,000円	※30,000円と受検費用の1/2のどちらか少ない額
-------	---------	----------------------------

(振込先)

銀行等名	支店名	口座番号	口座名義人 (カタカナ)
*銀行コード (〇〇〇) 〇〇〇銀行	*支店コード (〇〇〇) ※ゆうちょ銀行は数字3桁 〇〇〇支店	普 〇〇〇〇〇〇〇〇 当	エビナ タロウ

- 【添付資料】**
- (1) 同意書
 - (2) 人間ドック受検料の領収明細書写し
 - (3) 海老名市人間ドック助成用問診票①、②
 - (4) 受検結果写し 申請に必要な書類です。申請時にご確認ください。

世帯主様または受検者本人の口座情報をご記入ください。

※ 定めた検査項目

1. 身長体重および腹囲検査
2. 血圧測定
3. 血液検査 (GOT、GPT、γGTP、中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール、空腹時血糖又はHbA1c)
4. 尿中の糖および蛋白の有無
5. 血清クレアチニン
6. 貧血検査 (ヘマトクリット値、血色素量、赤血球数)
7. 心電図
8. 胸部レントゲン

※5～8の検査を実施していない場合は、1～4の結果のみでよい。

記入不要

担当	受付
支給決定額	
円	

同時に2人以上の申請でも同意書は1枚のみご記入ください。

同意書

令和 4 年 5 月 1 日

海老名市長 殿

世帯主様のお名前でご記入ください。

住所 海老名市 勝瀬175-1

申請者及び請求者(世帯主)氏名 海老名 太郎

保険証の記号番号の番号をご記入ください。

被保険者番号 0000001

海老名市国民健康保険人間ドック助成金支給申請に条に規定する市税及び海老名市国民健康保険税賦課徴健康保険税の収納状況の確認、調査することに同意し

神奈川県国民健康保険被保険者証 有効期限 令和 年 月 日

記号 16 番号 0000001 性別

氏名 住所

生年月日 適用開始年月日 交付年月日

被保険者番号 140160 交付者名 海老名市 印

世帯全員の氏名 (国民健康保険に加入していない世帯員も含む)	生年	
海老名 太郎	TH SR	30・1・1
海老名 花子	TH SR	30・4・1
海老名 一郎	TH SR	50・5・1
	TH SR	・ ・
	TH SR	・ ・
	TH SR	・ ・

担当	受付